

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

معاونت پژوهشی

کمیته تحقیقات دانشجویی



## پرسشنامه طرح تحقیقاتی دانشجویی

نام و نام خانوادگی مجری/مجریان: زهرا طیبی میانه

استاد راهنما: فریبا عبدالمهی

دانشکده : پرستاری و مامایی

عنوان طرح (فارسی):

بررسی ارتباط بین کیفیت خواب و خود مدیریت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بیماران بستری در مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین

عنوان طرح (انگلیسی):

**The Relationship between Sleep Quality and Self-Management in Patients with Type 2 Diabetes in Hospitalized Patients**

## ۲-۲ مقدمه و معرفی طرح:

خواب وضعیت پویایی است که دارای مراحل است که به صورت چرخه در طول شب مشخص می شود. خواب به دو قسمت حرکات سریع چشم و ۳ مرحله حرکات غیر سریع چشم تقسیم می شود. (Pallayova M and etal.,2010) کیفیت خواب از شاخص های ذهنی مربوط به چگونگی تجربه خواب تشکیل می شود مانند: میزان رضایت مندی از خواب و احساسی که پس از برخاستن از خواب ایجاد می شود (Dewald etal.,2010). بیش از یک سوم طول عمر انسان ها در خواب سپری می شود بنابراین هرگونه اختلال در کیفیت و کمیت و یا الگوی خواب می تواند تاثیر منفی چشمگیری بر عملکرد و سلامت جسمی و روانی افراد داشته باشد. (ضیغمی و همکاران ۱۳۹۳) در طول ۲۰ سال گذشته افزایش ناگهانی در موارد ابتلا به دیابت وجود داشته است. فدراسیون بین المللی دیابت تخمین زده است تا سال ۲۰۳۰، ۹٫۹٪ از جمعیت بزرگسالان به دیابت مبتلا خواهند بود. دیابت نوع ۲ تخمین زده شده است که ۹۰٪ موارد دیابت را شامل می شود. شیوع دیابت در ایران در محدوده ی سنی ۲۵ تا ۶۴ سال ۷٫۷٪ (تقریباً ۲ میلیون بزرگسال) می باشد که این میزان رو به افزایش است و منجر به انفارکتوس قلبی، نارسایی قلبی، سکته ی مغزی و مرگ به دنبال دیابت می شود و بار مالی قابل توجهی برای فرد و سیستم مراقبت بهداشتی دارد که هزینه های دیابت در ایران ۶۵،۹۸۵±۶۷۶،۵۹۰ میلیون دلار تخمین زده شده است Kargar (Jahromi M and etal.,2015). بر اساس آمار فدراسیون بین المللی دیابت، در سال ۲۰۱۳ بیش از ۳۸۲ میلیون نفر در سرتاسر جهان مبتلا به دیابت بودند که ۴۶ درصد آن تشخیص داده نشده است. متوسط شیوع جهانی آن ۸٫۳ درصد است. در ایران نیز این میزان ۱۱٫۳۴ درصد می باشد و این در حالی است که تقریباً نیمی از افراد مبتلا به دیابت، از بیماری خود مطلع نیستند. بر طبق پیش بینی کارشناسان تعداد مبتلایان به دیابت ظرف ۱۵ سال آینده سه برابر شده و از هر ۵ ایرانی، یک نفر مبتلا به دیابت بوده و یا در معرض آن قرار خواهد داشت. در ایران سرانه هزینه های پزشکی ناشی از نابینایی به علت دیابت تقریباً ۲۰۰۰ دلار در سال، نارسایی کلیوی ۴۵۰۰۰ دلار و قطع عضو ۲۹۵۰۰ دلار در سال بوده و به دلیل کنترل نشدن بیماری دیابت در کشور سالانه ۲۲۶ میلیارد ریال صرف هزینه های مستقیم دیابت می شود. با توجه به افزایش شیوع و پرهزینه بودن تشخیص و کنترل بیماری دیابت و عوارض حاد و مزمن آن و همچنین کاهش درآمد به دلیل افت بازدهی، ناتوانی و مرگ زودرس ناشی از دیابت انجام مداخلات مؤثر به منظور کنترل عوارض و ارتقای کیفیت زندگی بیماران امری ضروری است. ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی به ویژه پرستاران نقش حیاتی در ارتقاء خودمدیریتی بیماران ایفا می کنند؛ از طرف دیگر برای کنترل عوارض، بیماران نباید به عنوان فرد بیمار بلکه به عنوان عضو ی از تیم مراقبین باشند. چراکه بیماری دیابت به عنوان یک بیماری مزمن، نیاز به رویکرد خودمدیریتی دارد بر طبق نظر سازمان جهانی

بهداشت و فدراسیون بین المللی دیابت ، بیماری دیابت به صورت یک چالش در مراقبت ها ی اولیه بهداشتی در قرن حاضر بوده است و این چالش در خاورمیانه جدی تر است ( صوفیانی ا و همکاران، ۱۳۹۳). دیابت رایج ترین بیماری متابولیکی است. تخمین زده شده است که تا سال ۲۰۳۵ پانصد و نود و دو میلیون نفر در جهان به این بیماری مبتلا خواهند شد. ۹۵٪ از کل موارد دیابت تشخیص داده شده از نوع دیابت نوع ۲ است. دیابت بار زیادی را بر افراد ، خانواده و جامعه تحمیل می کند. بهبود کیفیت خواب جزئی حیاتی جهت کنترل اثربخش قند خون و بهبود کیفیت زندگی در بیماران دیابتی است (Zhu, B and et al., 2014). اختلالات خواب در بیماران دیابتی نوع ۲ ریسک فاکتور ی برای تشدید بیماری است که کنترل متابولیک را از طریق سندرم مقاومت به انسولین تحت تاثیر قرار می دهد (Cunha, M and et al., 2008). دیابت بیماری با شیوع بالا است که بالغ بر ۳۴۷ میلیون نفر را در سرتاسر دنیا مبتلا کرده است. اختلال خواب منجر به عملکرد ضعیف و حوادث شغلی می گردد. مطالعات بالینی نشان داده اند که بیش از یک سوم افراد مبتلا به دیابت دچار اختلال خواب هستند این در حالی است که این میزان در افراد فاقد دیابت ۸،۲٪ می باشد (Surani S and et al., 2015).

نتایج مطالعات نشان می دهد که شیوع اختلال خواب در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ ، ۸۵،۷-۵۲٪ می باشد. بیماران مبتلا به دیابت طول مدت خواب کوتاه و کیفیت پایین خواب را گزارش کرده اند. مطالعات اخیر نشان می دهد که کیفیت و کمیت خواب با تغییرات متابولیکی مرتبط است که منجر به بیماری قلبی- عروقی ، هایپرتانسیون، سندرم متابولیک، مقاومت به انسولین و اختلال در تحمل گلوکز در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می گردد . ( Kara B., 2016 ) بر طبق گفته انجمن دیابت آمریکا ۲۹،۱ میلیون نفر در ایالت متحده ی آمریکا مبتلا به دیابت هستند مطالعات اخیر نشان می دهد که کیفیت خواب پایین و اختلالات خواب شامل: بی خوابی، آپنه انسدادی خواب و سندرم پای بی قرار در بیماران دیابتی قابل پیشگیری هستند. دیابت بیماری مزمنی است که منجر به افزایش بار خودمراقبتی و عوارضی می گردد که منجر به کاهش کیفیت زندگی می گردد. تاثیرات اختلالات خواب در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شفاف نیست . کیفیت خواب پایین و اختلالات خواب خصوصا بی خوابی ، آپنه انسدادی خواب و سندرم پای بی قرار مشکلات رایج در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می باشد. کیفیت خواب بررسی ذهنی خواب است که شامل: طول مدت خواب، زمان مورد نیاز برای شروع خواب، طول مدت خواب و اختلالات خواب و رضایت کلی از خواب می باشد. مطالعاتی که از شاخص کیفیت خواب پیتربورگ استفاده کرده اند نشان می دهند که بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ از کیفیت خواب پایینی برخوردار هستند و میانگین نمره ی کیفیت خواب آنها ۸،۳-۶،۳ می باشد و ۷۱-۴۹٪ دارای کیفیت خواب پایین می باشند. داده های حاصل از خودگزارشی بیماران و پلی سومنوگرافی نشان می دهد که طول مدت خواب افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ به طور متوسط ۶ ساعت می باشد. بی خوابی می تواند به عنوان علایمی شامل شکایات مرتبط با خواب نظیر: اختلال در شروع خواب و حفظ خواب و بیدار شدن زود هنگام از خواب و سختی در خوابیدن مجدد بعد از بیدار شدن از خواب تعریف گردد. شیوع اختلال خواب در بیماران دیابت نوع ۲ در مقایسه با افراد غیر دیابتی به طور قابل توجهی بالاتر است. در خصوص علایم بی خوابی ۱۷-۸٪ از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مشکل در شروع رفتن به خواب و ۴۰-۲۳٪ مشکل در حفظ خواب و ۴۳-۲۶٪ اختلال در هردو شروع و حفظ خواب داشتند. سندرم پای بی قرار تاثیر منفی بر کیفیت خواب در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ دارد و شیوع سندرم پای بی قرار در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در مقایسه با افراد دیگر بالاتر است. تاثیر اختلال خواب روی جنبه هایی از رفتارهای خودمراقبتی، فعالیت

فیزیکی، رژیم غذایی و پیروی از درمان دارویی شفاف نیست و کمتر به آن پرداخته شده است. پیروی از درمان های دارویی تجویز شده جهت کنترل قند خون ضروری است و اطلاعات کافی در مورد تاثیر اختلال خواب بر روی پیروی از درمان دارویی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ وجود ندارد. (Chasens E and etal., 2016). مطالعات در زمینه ی فاکتورهای مرتبط با کیفیت خواب پایین در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ محدود است. سازمان جهانی بهداشت پیش بینی می کند که دیابت در سال ۲۰۳۰ هفتمین علت مرگ در جهان خواهد شد. فاکتورهای پیچیده ای وجود دارد که بر کیفیت خواب بیماران دیابتی تاثیر می گذارد و نقش مهمی در کنترل قند خون در این بیماران ایفا می کند. مطالعات بیشتری جهت ارزیابی فاکتورهای تاثیر گذار بر کیفیت خواب بیماران دیابتی در آینده مورد نیاز است و نتایج این مطالعات می تواند متغیر های تاثیر گذار بر مدیریت اثربخش این بیماری را شناسایی کند. از جمله محدودیت های این مطالعه این است که الگوی استفاده از دارو که می تواند در الگوی خواب این بیماران موثر باشد در نظر گرفته نشده بود و مطالعاتی در آینده مورد نیاز است تا این محدودیت ها را برطرف نماید. مطالعات بیشتری مورد نیاز است تا ماهیت اختلال خواب در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را بررسی نماید

(Sathyanarayanan A and etal., 2015). علی رغم گام هایی که در درمان دیابت در سال های اخیر برداشته شده است اکثر بیماران به نتایج درمانی مطلوب دست نیافته و هنوز عوارضی زیادی را متحمل می شوند که منجر به کاهش طول عمر و کیفیت زندگی می گردد. با توجه به اینکه سیستم های مراقبتی - بهداشتی برای ارائه ی خدمات در مرحله حاد بیماری و مراقبت مبتنی بر علایم طراحی شده اند منجر به کاهش اثربخشی درمان در بیماری های مزمن نظیر دیابت می شود که نیازمند برنامه ی خودمدیریتی است. برای موفقیت در مدیریت دیابت بیماران باید قادر باشند تا اولویت های درمانی را با ارزش ها و شیوه ی زندگی تطابق دهند (Funnell M and etal., 2004). خودمدیریتی بیماری مزمن جایی است که بیماران به طور مستقل بیماری خود را مدیریت می کنند که در بعضی از بیماری ها مقرون به صرفه است. اصول کلیدی خودمدیریتی شامل: ۱- ظرفیت بیمار برای استفاده از محتواهای آموزشی جدید ۲- مشارکت اثربخش بیمار با پرسنل مراقبت بهداشتی و اعضای خانواده و همتایان ۳- بهبود اقدامات خودمدیریتی در بیماران می باشد (Harvey J and etal., 2015). خودمدیریتی مجموعه ای از مهارت های عملی جهت مدیریت بیماری می باشد. این مسئله به اهمیت نقش و مسئولیت افراد در مدیریت بیماری خود تاکید می کند. خودمدیریتی دیابت بی شک جزء کلیدی در شیوه ی زندگی سالم با حداقل عوارض می باشد. توانایی برای یادگیری و تمایل برای پذیرش مسئولیت های خودمدیریتی یک شاخص تعیین کننده ی پیش آگهی دیابت می باشد. دیابت ملیتوس یک مشکل بهداشتی جهانی در سرتاسر جهان می باشد در دو دهه ی آینده شاهدافزایش قابل توجهی در جمعیت مبتلایان به دیابت نوع دو در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته خواهیم بود. تخمین زده شده شیوع دیابت ملیتوس از ۴٪ در سال ۱۹۹۵ تا ۵٫۴٪ در سال ۲۰۲۵ افزایش خواهد یافت. در سال ۲۰۱۱، ۳۶۶ میلیون نفر (۸٫۳٪) در سرتاسر جهان مبتلا به دیابت ملیتوس هستند و انتظار می رود تا سال ۲۰۳۰ به ۵۵۲ میلیون (۹٫۹٪) افزایش خواهد یافت. در سال ۲۰۱۱، ۷۱٫۴ میلیون نفر (۸٫۳٪) در جنوب غربی آسیا مبتلا به دیابت می باشند که انتظار می رود این تعداد به ۱۲۰٫۹ میلیون (۱۰٫۲٪) در سال ۲۰۳۰ افزایش یابد. دیابت ملیتوس یک بیماری است که اگر کنترل نشود می تواند منجر به عوارضی در طول زندگی گردد که ارگان های مختلف بدن را درگیر می کند و مهمترین علت مرگ و میر در سرتاسر جهان می باشد. به علت فقدان آگاهی اکثر مبتلایان به دیابت ملیتوس دوجار عوارض دیابت می گردند و اهداف خودمدیریتی دیابت کنترل قند خون و کاهش

خطر عوارض بیماری می باشد. اهداف خودمدیریتی متشکل از مشارکت صمیمی بین فرد مبتلا به دیابت و مراقبت بهداشتی می باشد. خودمدیریتی دیابت کنترل متابولیک را بهبود می دهد و از عوارض حاد و مزمن دیابت پیشگیری می کند و کیفیت زندگی را بهبود می بخشد. خودمدیریتی دیابت نقش مهمی در مدیریت دیابت دارد. مدیریت دیابت به طور کلی شامل: برنامه های ورزشی و رژیم غذایی و کنترل منظم سطح قند خون و دریافت داروها می باشد. اهداف این اقدامات حفظ قندخون در محدوده ی هدف می باشد. تعیین معیارهایی که بر روی خودمدیریتی دیابت تاثیر می گذارد گام حیاتی در رسیدن به نتایج بهداشتی مناسب می باشد. برای تعیین معیارهای تاثیر گذار بر خودمدیریتی و معانی که از آنها استنتاج می شود باید تلاش های بیشتری صورت پذیرد (Kisokanth G and etal., 2013). دیابت از نگرانی های مهم سلامت عمومی در قرن ۲۱ در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته می باشد. ماهیت این بیماری پیچیده است و برخی عوامل می تواند کنترل آن را تحت تاثیر قرار دهد. اول از هر چیز، نیاز به درک کامل تمامی ابعادی است که بیماران دیابتی از آن رنج می برند. از سوی دیگر مشارکت بیماران دیابتی در فرآیند درمان و مدیریت بیماری توسط خودشان بسیار حائز اهمیت است. ادغام فعالیت های روزمره زندگی مانند فعالیت بدنی، رفتارهای تغذیه ای، پایش قند خون، تنظیم برنامه های روزانه مرتبط با سلامت و بیماری و ارتباطات بین فردی با افراد تاثیر گذار در حوزه سلامت و بیماری اغلب به عنوان متغیر های خودمدیریتی در بیماری دیابت مورد استفاده قرار می گیرند. خودمدیریتی فرآیندی فعال و عملیاتی است که توسط خود بیمار هدایت می شود. خودمدیریتی دیابت مجموعه ای از رفتارها تعریف شده است که بیناران مبتلا به دیابت آن رفتارها را برای دستیابی به کنترل دیابت در زندگی روزمره خود انجام می دهند خودمدیریتی دیابت تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار می گیرد، با شناسایی عواملی که در موفقیت یا شکست فرایند خودمدیریتی بیماری سهیم هستند، تیم درمان می تواند مداخلاتی برای کمک به بیمار یا خانواده وی برای پذیرش و به کارگیری برنامه خاص درمانی تدوین نماید. گاهی عوامل ساختاری اجتماعی می تواند به عنوان مانع یا تسهیل گر خودمدیریتی دیابت عمل نمایند. در راستای اتخاذ رفتار های خودمدیریتی بیماران دیابتی نوع ۲، اطلاع از سطح رفتار های فعلی خودمدیریتی، شدت و ضعف در ابعاد مختلف و عوامل مرتبط با آن اجتناب ناپذیر است. شناسایی مشکلات موجود در اتخاذ رفتارهای خودمدیریتی می تواند نقش به سزایی داشته باشد تا در مراحل بعدی مداخلات هدفگیری مناسب انجام گیرد (طل آ و همکاران، ۱۳۹۰). در سال ۲۰۱۰ در ایالت متحده ی آمریکا برای ۱،۹ میلیون نفر افراد ۲۰ ساله و بالاتر تشخیص دیابت گذاشته شد دیابت دارای دو نوع ۱ و ۲ می باشد. نوع ۱ پانکراس نمی تواند انسولین تولید کند و در نوع ۲ پانکراس می تواند انسولین تولید کند ولی بدن نمی تواند از آن به درستی استفاده کند. دیابت نوع ۲، ۹۵-۹۰٪ بیماران دیابتی را شامل می شود. عوارض بیماری دیابت نوع ۲ شامل: بیماری قلبی- عروقی، نارسایی کلیوی، نابینایی، آمپوتاسیون و مرگ و میر های مرتبط با آمپوتاسیون می باشد مطالعاتی در آینده برای بررسی فاکتورهای موثر بر خودمدیریتی بیماران دیابتی نوع ۲ در گروه های فرهنگی مختلف مورد نیاز است و این اطلاعات به رفع چالش های مرتبط با خودمدیریتی در گروه های مختلف فرهنگی کمک خواهد کرد (Bhattacharya G., 2012). این مطالعه با هدف تعیین کیفیت خواب و فاکتورهای موثر بر کیفیت خواب و خودمدیریتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ طراحی شده است.